

(R.^o Manicomio di Lucca)

I TREMORI NEI PAZZI

del Dott. ANDREA CRISTIANI

Vice-Direttore

(Tav. II.^a)

7

Il tremore è uno dei sintomi abbastanza frequenti e talora costanti e caratteristici di alcune forme di alienazione mentale quali sono le pazzie paralitiche, senili, tossiche, nevrasteniche e talora le infettive. All' infuori però di queste psicosi il tremore nei pazzi non è stato studiato. Eppure anche all' infuori delle psicosi sopra ricordate il tremore è un fatto tanto frequente nelle più svariate forme di alienazione mentale che il Venturi ¹ ne ha fatto uno dei segni caratteristici della senilità, con la quale egli spiega le diverse psicopatie anche in alienati giovanissimi. È appunto questa specie di tremore che io prendo ora a studiare coll' aiuto di ricerche grafiche.

Ho scelto pertanto ammalati di mente nei quali si potesse escludere una psicosi paralitica, senile, tossica, nevrastenica, infettiva, ecc. Con questa selezione venivo ad avere soltanto alienati di mente che erano affetti da psicosi semplici, idiopatiche.

Tutti i malati di mente che io studiavo avevano sana costituzione organica e si trovavano in floride condizioni di nutrizione generale. Nessuno di essi era sotto la influenza di qualche agente terapeutico. In ognuno di loro il tracciato veniva preso sempre dopo un po' di tempo dall' applicazione dell' apparecchio.

Così ero sicuro che il tremore da me studiato si determinava, indipendentemente da qualunque altro fattore, pel solo fatto dell' alterata funzione della sfera psichica.

¹ Venturi, Le degenerazioni psicosessuali. Torino.

I tracciati venivano presi con gli apparecchi oramai comuni (apparecchio pel tremore di Dutil, un tamburo scrivente sopra un cilindro registratore col regolatore, un metronomo). Il tempo è stato sempre messo a 160 battute del metronomo.

Ecco ora, (vedi Tav. II. e la spiegazione della Figura) con la sintesi rapidissima delle condizioni psichiche dell'alienato di mente sottoposto ad esperimento, i tipi principali dei tracciati che ho potuto rilevare fra i tanti che ho preso su un numero molto grande di pazzi presi in esame per lo studio in essi dei tremori.

Il confronto dei tracciati delle osservazioni I^a, V^a, VII^a, con quelli della Osservazione XX^a, essendo i malati di mente della prima serie di osservazioni quelli stessi della seconda serie di osservazioni, mostra in modo sicuro che il tremore nei pazzi cessa completamente con la guarigione della loro malattia mentale ¹.

Così resta assodato il fatto che anche nelle forme semplici, idiopatiche, di alienazione mentale il tremore dei malati può essere unicamente in relazione e sotto la immediata dipendenza della psicopatia, tanto che esso si determina con lo sviluppo della psicosi, ne costituisce uno dei sintomi costanti, cessa completamente con la guarigione della follia.

I tracciati delle osservazioni XVIII^a e XIX^a mostrano che il tremore è intenzionale, si determina cioè soltanto nei movimenti volitivi e cessa affatto nel riposo.

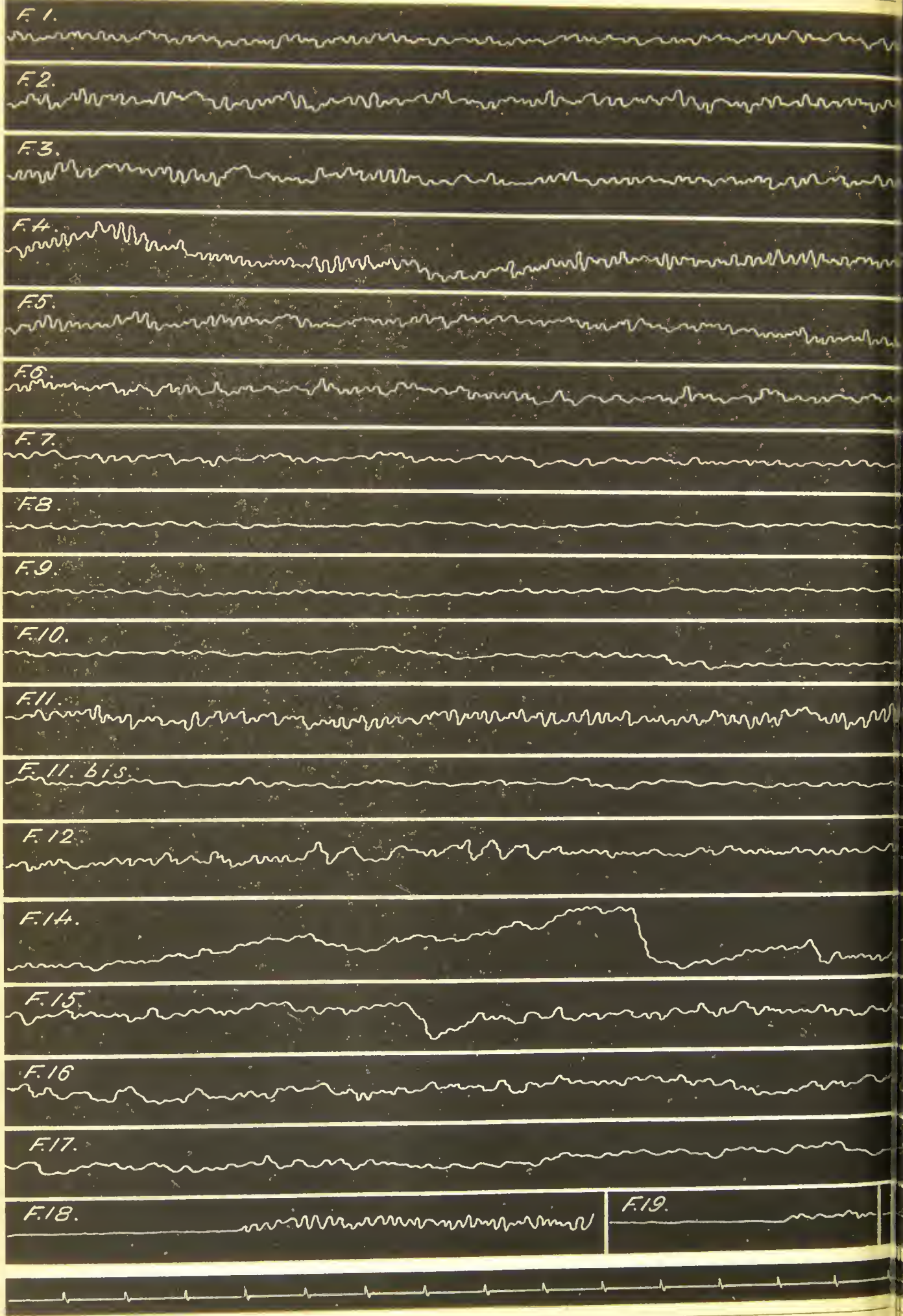
Il tremore poi differisce non già a seconda di ciascuna forma clinica di psicosi, ma bensì a seconda dei due grandi sintomi, esaltamento e depressione, che si possono riscontrare in ogni forma di alienazione mentale

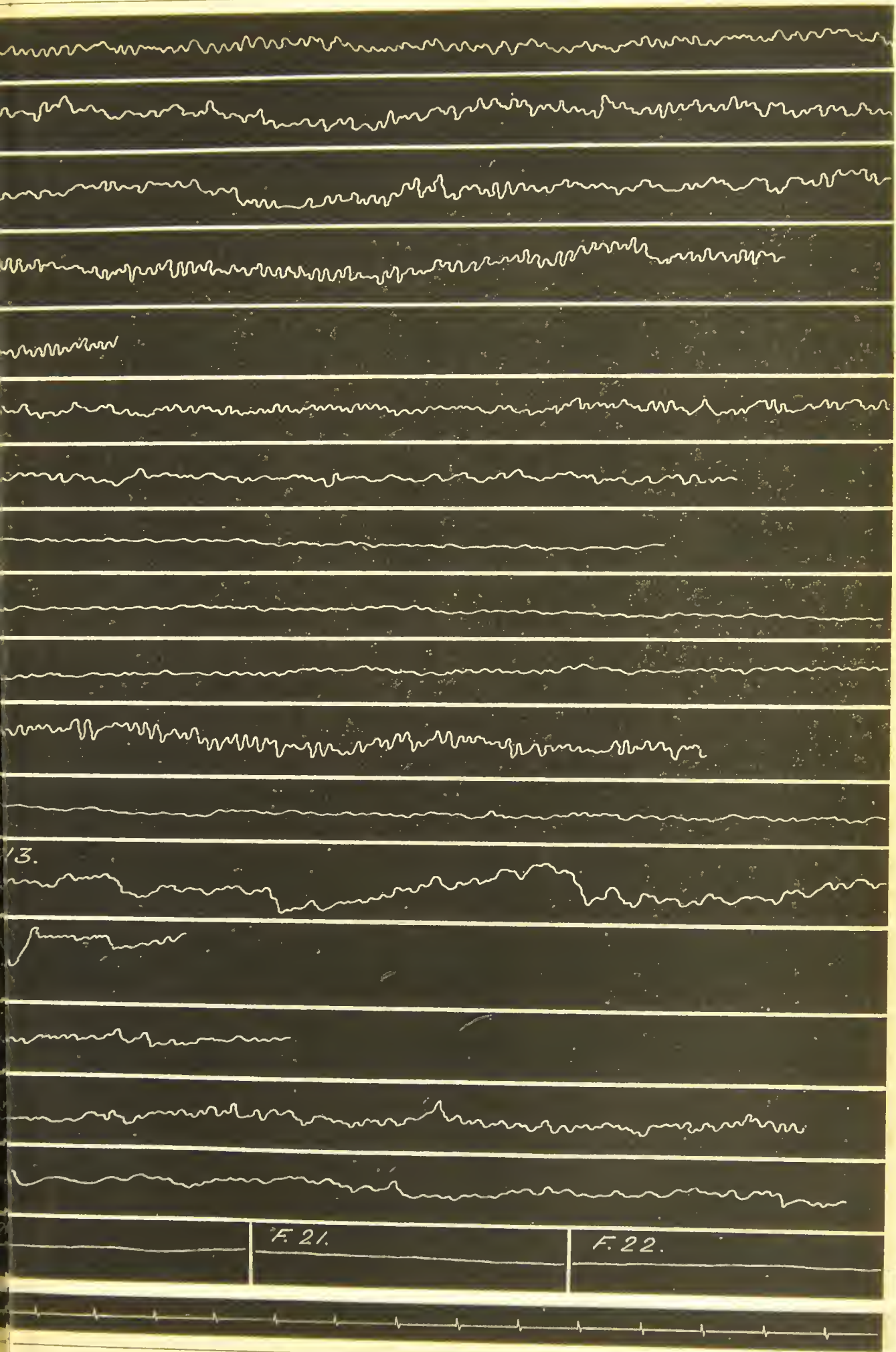
Dai tracciati infatti, i quali nelle osservazioni I^a, VI^a, XI^a, XII^a e XVI^a si riferiscono ad uno stato di esaltamento, si scorge che il tremore è vibratorio.

Però nelle osservazioni XII^a, XIII^a e XVI^a, che si riferiscono a casi di imbecillismo e di demenza terminale, nei quali

¹ Però tali fatti non sono costanti, avendo potuto notare che in alcuni alienati guariti della loro psicopatia rimaneva sempre il tremore, ora immutato, ora diminuito di intensità. In questi malati non mi fu possibile accertare se il tremore fosse antecedente allo sviluppo della psicosi, come pure la permanenza del tremore a psicopatia guarita potrebbe riferirsi a ciò, che esso fosse mantenuto da una irremovibile lesione consecutiva nei centri psicomotori, equivalente all'indebolimento che talora consegue nell'attività psichica ad una pregressa psicosi.

CRISTIANI - Il tremore negli alienati





13.

F. 21.

F. 22.

predomina pur sempre il sintoma d'esaltamento, ma che segnano però il passaggio dall'iperattività all'ipoattività fino ad un vero annientamento nella sfera psichica e motoria, anche i tracciati dalla forma vibratoria assumono la tendenza alla forma ondulatoria, che è la caratteristica, come vedremo, dello stato di depressione; essi presentano altresì, in corrispondenza del notato indebolimento psichico che va talora fino ad una intensa paralisi della coordinazione ideativa e motrice, scosse talora fibrillari.

Dai tracciati invece i quali nelle osservazioni VII^a ad XI si riferiscono ad uno stato di depressione si scorge che il tremore è ondulatorio.

Tanto il tremore vibratorio degli stati di esaltamento quanto il tremore oscillatorio degli stati di depressione presentano le rispettive vibrazioni ed oscillazioni aritmiche, disuguali.

Le vibrazioni però del tremore negli stati di esaltamento sono nella stessa unità di tempo più frequenti che le oscillazioni del tremore negli stati di depressione.

Le linee ascendenti che nei tracciati indicano la contrazione muscolare durante il tremore, sono sempre più celeri, più alte negli stati di esaltamento che in quelli di depressione.

Questi fatti semiotici dimostrano che i fenomeni motori costitutivi del tremore hanno una perfetta corrispondenza con i fenomeni psichici che sotto l'aspetto dei due grandi sintomi esaltamento e depressione si possono riscontrare in ogni forma di alienazione mentale. Così la forma vibratoria del tremore, le vibrazioni più frequenti, più celeri, più alte, più aritmiche, più disuguali negli stati di esaltamento mostrano in questi corrispondentemente all'eccitazione, instabilità, disordine dell'attività psichica, una eccitazione, instabilità, disordine dell'attività motoria, mentre negli stati di depressione la forma ondulatoria del tremore, le oscillazioni più rare, più lente, più basse, più monotone per ritmo e per uguaglianza, mostrano corrispondentemente alla depressione e monotonia della attività psichica anche l'attività motoria depressa, lenta, più stabile, meno disordinata, mostrano in una parola lo stato di arresto che come nella sfera psichica così nella sfera motoria domina completamente negli stati di depressione. Parimente vediamo che in quei casi di imbecillismo, di demenza terminale, ove

pur sempre predomina il sintoma esaltamento, come quelli che segnano il passaggio dall'iperattività all'annientamento psichico, anche il tremore come fenomeno motorio assume un tipo misto che partecipa dei caratteri del tremore delle forme esaltate e del tremore delle forme depressive di psicosi.

Anche il Bianchi ¹ per la paralisi progressiva ha trovato questi stessi fatti, cioè il tremore vibratorio nella prima fase, espansiva, esaltata della malattia, il tremore ondulatorio fino alla forma spastica, nella seconda fase, depressiva, di demenza terminale.

E questa corrispondenza fra i fenomeni psichici e i fenomeni motori costitutivi del tremore negli alienati di mente trova anche un riscontro ed un appoggio nella corrispondenza fra gli stessi fenomeni psichici e gli stessi fenomeni motori costitutivi del respiro e del cammino, le cui alterazioni nei pazzi, secondo le ricerche grafiche praticate pel respiro dal Rossi ², per il cammino dall'Adriani e Sgobbo ³, sono riferibili ai due sintomi fondamentali di ogni psicosi, esaltamento e depressione, e si riassumono in una iper- ed ipoattività della funzione respiratoria e ambulatoria, a seconda che prevale l'uno o l'altro di questi sintomi.

Quanto alla genesi e al meccanismo dei tremori nelle psicopatie che noi abbiamo studiato, i fatti semiotici raccolti conducono, come già ebbe ad esprimersi il Bianchi pel tremore della paralisi progressiva, ad ammettere che in quei tremori le stimolazioni successive, di cui risulta un movimento volontario, sono rallentate, che manca la fusione delle energie muscolari, che vi è produzione e distribuzione irregolare, incoerente, incoordinata, con diffusione e disperdimento per vie collaterali, della forza psicomotrice.

Riassumendo pertanto i risultati delle mie esperienze, si possono trarre le seguenti conclusioni generali. Nei pazzi, anche all'infuori delle psicosi paralitiche, senili, tossiche, nevrasteniche, infettive, ecc., affetti dalle più svariate forme di psicopatie, semplici, idiopatiche, si riscontrano oltre modo

¹ Bianchi. Contribuzione alla nozione semiotica del tremore della paralisi progressiva. *Arch. It. ecc.*, 1889.

² Rossi. Le alterazioni del respiro nei psicopatici. *Riv. Sper. di Fren. ecc.*, 1895.

³ Adriani e Sgobbo. Contribuzione alla grafica del cammino nello stato fisiologico e negli stati di alienazione mentale. *La Psichiatria*, 1889.

frequenti dei tremori, indipendentemente da qualunque altro fattore, pel solo fatto dell'alterata funzione della sfera psichica.

Questi tremori sono intenzionali, cioè si determinano nei movimenti volitivi e cessano completamente col riposo.

Detti tremori non si possono riferire alle singole forme nosologiche di alienazione mentale, ma soltanto ai due sintomi fondamentali di esaltamento e di depressione, che si possono riscontrare in ogni forma di psicosi. Nei casi di esaltamento il tremore è vibratorio, le vibrazioni sono più frequenti, più celeri, più alte, più aritmiche, più disuguali, nei casi di depressione il tremore è ondulatorio, le oscillazioni sono più rare, più lente, più basse, più monotone per ritmo e per uguaglianza.

Havvi in tal modo corrispondenza fra i due sintomi psichici fondamentali, che sotto l'aspetto di esaltamento e depressione possono riscontrarsi in ogni forma di alienazione mentale, e i fenomeni motori costitutivi del tremore, i quali presentano una iper- od ipoattività a seconda che nella pazzia prevale l'uno o l'altro di quei due sintomi psichici fondamentali, esaltamento cioè o depressione.

I tremori nei pazzi hanno un meccanismo patogenetico, ed un significato semeiotico che si possono riassumere nella dissoluzione funzionale dei centri nervosi corticali e nella debolezza, incoordinazione e disperdimento della forza psicomotrice.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA II.^a

Fig. 1. — OSSERV. 1.^a — Mania semplice. — M. G. Donna di 54 anni. Agitazione psichica; disordine e confusione mentale. Sentimento esagerato della propria personalità. Ottusità affettiva e morale. Deficienza critica e di poteri inibitori. Rapidi passaggi emotivi. Agitazione motoria. Offuscamento della coscienza. Insonnio.

Fig. 2. — OSSERV. 2.^a — Mania con ricorrenti accessi di furore. G. G. Donna di 42 anni. Forte agitazione psichica e motoria; accessualmente fuga caotica delle idee, impulsi alla distruzione, furore. Idee deliranti a contenuto prevalentemente persecutorio. Umore irritabile. Grave perturbamento della coscienza. Insonnio agitato.

Fig. 3. — OSSERV. 3.^a — Mania periodica. — A. B. Uomo di 50 anni. Eccitamento psichico e motorio. Lieve disordine e confusione mentale. Ottusità affettiva e morale. Sentimento esagerato della propria personalità. Rapidi passaggi emotivi. Deficienza critica e volitiva. Il malato è cosciente. Dorme.

Fig. 4. — OSSERV. 4.^a — Mania di una follia ciclica. — S. A. Uomo di 49 anni. Eccitamento psichico e motorio. Atteggiamento gaio dell'animo. Conte gno chiassoso, turbolento. Conservata la coscienza. Insonnio rumoroso.

Fig. 5. — OSSERV. 5.^a — Paranoia con delirio di persecuzione. — E. M. Uomo di 44 anni. Episodio maniaco.

Fig. 6. — OSSERV. 6.^a — Melanconia attiva. — P. C. Donna di 43 anni. Melanconia con delirio di colpabilità, di persecuzione, di dannazione. Forte agitazione ansiosa reattiva al contenuto doloroso del delirio. Grave turbamento della coscienza. Insonnio agitato.

Fig. 7. — OSSERV. 7.^a — Melanconia con delirio ipocondriaco. — A. A. Uomo di 42 anni. Melanconia con delirio ipocondriaco. Preoccupazione, inquietudini. Lucidità mentale. Dorme poco.

Fig. 8. — OSSERV. 8.^a — Melanconia semplice. — M. F. Donna di 59 anni. Atteggiamento doloroso dell'animo. Depressione psico-fisica. Conservata la coscienza. Insonnio tranquillo.

Fig. 9. — OSSERV. 9.^a — Melanconia con stupore. — De S. R. Uomo di 21 anni. Melanconia con stupore. Arresto psico-motorio. Mutismo assoluto. Avversione al cibo. Talvolta lucido.

Fig. 10. — OSSERV. 10.^a — Melanconia di una follia ciclica. — È lo stesso malato dell'osservazione 4.^a nella fase depressiva della follia circolare. Depressione notevole del tono affettivo, dell'attività psichica e motoria. Lucidità di mente. Dorme.

Fig. 11. — OSSERV. 11.^a — Follia circolare. — P. G. Uomo di 46 anni. Periodo maniaco. Eccitamento psichico e motorio. Pervertimento morale. Rapidi passaggi emotivi. Lucido di mente. Turbolento, irritabile, impulsivo. Insonnio agitato.

Fig. 11.^{bis} — Periodo depressivo. Depressione del tono affettivo, dell'attività psichica e motoria. Conservata la coscienza. Dorme.

Fig. 12. — OSSERV. 12.^a — Imbecillità originaria erettistica. — V. D. Uomo di 22 anni. Imbecille, originario erettistico.

Fig. 13. — OSSERV. 13.^a — Imbecillità originaria erettistica. — B. T. Donna di 59 anni. Imbecille, originaria erettistica.

Fig. 14. — OSSERV. 14.^a — Imbecillità originaria apatica. — F. A. Donna di 28 anni. Imbecille, originaria apatica.

Fig. 15. — OSSERV. 15.^a — Imbecillità originaria apatica. — T. M. Donna di 52 anni. Imbecille, originaria apatica.

Fig. 16. — OSSERV. 16.^a — Demenza terminale agitata. — T. A. Uomo di 52 anni. Mania semplice. Demenza consecutiva agitata.

Fig. 17. — OSSERV. 17.^a — Demenza terminale apatica. — F. L. Uomo di 26 anni. Melanconia con stupore. Demenza consecutiva apatica.

Fig. 18. — OSSERV. 18.^a — Tracciato di un maniaco col braccio in una fase di riposo (linea retta) e in una fase di movimento volontario diretto a tenere il braccio steso e fermo (tremore).

Fig. 19. — OSSERV. 19.^a — Tracciato di un melanconico col braccio in una fase di riposo (linea retta) e in una fase di movimento volontario diretto a tenere il braccio steso e fermo.

Fig. 20, 21, 22 — Sono gli stessi malati delle osservazioni 1.^a, 4.^a, 7.^a, guariti rispettivamente della loro psicosi esaltata e depressiva.